CONTRIBUTION A L'ÉTUDE N° 2

DU

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Novembre 1890

PAR

D.-A. HADJIDÉMÉTRIUS

Né à Varna (Bulgarie), le 27 septembre 1864.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1890

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. JAUMES, *président.*
DUBRUEIL (✻), *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ἐλάχιστον τὸδε τεκμήριον
υἱικῆς και ἀφοσιώοεως.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

Αδελφικῆς ἀγάπης τεκμήριον.

A MES BEAUX-FRÈRES

JEAN ET BASILE

Αγάπης τεκμήριον.

P.-A. HADJIDÉMÉTRIUS.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur JAUMES

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

P.-A. HADJIDÉMÉTRIUS.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur TRUC

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

P.-A. HADJIDÉMÉTRIUS.

MEIS ET AMICIS

P.-A. HADJIDÉMÉTRIUS.

INTRODUCTION

M. le professeur-agrégé Truc a récemment observé et opéré dans son service de clinique ophtalmologique, un cas de lipome sous-conjonctival, et il a bien voulu nous le communiquer.

La rareté de ces tumeurs oculaires, le peu de publications dont ils ont été l'objet, et l'absence de tout travail d'ensemble sur la question, nous ont engagé à en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle, mais seulement de donner un résumé de tout ce qui concerne le lipome sous-conjonctival.

Dans notre travail, nous avons omis de parler de certaines publications qui traitent du lipome sous-conjonctival, mais il nous a été impossible de nous les procurer.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude à notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, et aussi à tous ceux qui, par leur aide et leurs conseils, ont contribué à porter à bonne fin cette laborieuse tâche pour un étudiant de nationalité étrangère.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Jaumes,

de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Au moment de quitter le sol hospitalier de la France, nous devons nous rappeler l'enseignement que nous avons reçu dans cette vieille et illustre Faculté de Montpellier, et exprimer nos sentiments de reconnaissance envers nos Maîtres, pour l'intérêt et le dévouement qu'ils nous ont témoignés.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

HISTORIQUE

C'est en 1854 que Kranka a observé et décrit un cas de lipome sous-conjonctival de l'œil droit, dans les *Annales d'oculistique*, XXXI, page 105, et qu'il a traité par l'usage externe de l'iode.

Après lui, Alessi s'en est occupé, en décrivant à son tour un cas de l'œil gauche qu'il a observé en 1862, à Toulon, chez un officier, et qu'il a extirpé avec succès. Cette tumeur induisait même l'œil en un strabisme inférieur interne qui guérit après l'extirpation.

Le Dr Galezowski, dans le *Recueil d'Ophtalmologie*, 1872, pag. 312, a décrit trois cas qu'il a observés et opérés dans sa clinique. Il en a même observé cinq ; mais pour les deux derniers il nous a été impossible de pouvoir les consulter.

Le Dr Fano, en 1869, dans sa clinique, a observé un cas de lipome de l'œil droit chez une dame de 23 ans, qui à la suite de l'extirpation pratiquée par le Dr Fano a amené la phtisie de l'œil et par sympathie, onze jours plus tard, la perte de l'autre.

Claeys de Gand, dans les *Annales de la Société de Médecine* de cette ville, a décrit un autre cas de lipome sous-conjonctival de l'œil droit qu'il a eu l'heureuse chance d'observer chez une jeune fille de 16 ans, et qui n'a présenté aucune complication à la suite de l'extirpation pratiquée par l'auteur.

Le Dr Richard Derby, de New-York, a publié un cas dans les *Transaction of the American ophtalmological Society*, de 1878, et qui présentait une grande analogie avec celui observé par M. Claeys de Gand.

Querenghi, dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1890, a décrit un cas qu'il a observé chez un homme de 59 ans, à la clinique du Dr Landolt. En prenant comme point de départ ce cas, il a traité avec beaucoup d'érudition et de méthode, dans un article très bien détaillé et auquel nous avons fait de nombreux emprunts, le développement de cette tumeur, la structure de la cellule adipeuse, et a indiqué dans quelle partie de la cellule adipeuse et par quel processus se développe la graisse.

Boëgel, dans le travail qu'il publie en 1884, dans les *Graef' Archiv für Ophtalmol.*, XXXIII, pag. 129, sur le lipome sous-conjonctival, décrit deux cas de lipomes mêlés à des éléments du derme et il les divise en deux catégories :

a). D'une part, celles qui se présentent le plus souvent sous la forme habituelle de dermoïdes.

b). D'autre part, celles qui ne présentent à côté de l'épithélium et des tissus de la peau, que des masses hyperplastiques de graisse, de nerfs et de glandes acino-tubuleuses.

Hock, qui a décrit dans les *Znei Fœlle von lipoma subconjunctivale. Prag. Med. Wochenschr.* N° 10, 1877, deux cas de

lipome sous-conjonctival et qu'il nous a été impossible de pouvoir consulter, est arrivé à ces conclusions :

1° L'existence de lipome sous-conjonctival est assurément démontrée ;

2° Ceux-ci viennent très probablement du tissu graisseux orbital avec lequel ils communiquent ;

3° Leur place est la région de la commissure externe vers laquelle ils font saillie ;

4° Le tissu conjonctif dans lequel ils se développent paraît d'autant plus développé, que les lipomes sont plus petits et inversement ;

5° Presque tous les cas connus se rapportent au sexe féminin et sont ou sûrement congénitaux ou ont été vus dans la première jeunesse.

Enfin Graefe, dans les *Archiv. für Ophtalmol.*, VII, 2e série, 7, et V. Graefe, dans les *Archiv. für Ophtalmol.*, X, 1re série, 215, et Socin, dans les *Archiv. für pathol. Anatom.*, X, 41, pag. 550, ont décrit des cas semblables aux précédents.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les opinions dominantes sur l'origine du lipome sous-conjonctival sont au nombre de deux :

1° Celle qui le considère comme congénital ;

2° Et celle qui le considère comme une prolifération du tissu graisseux du fond de l'orbite.

1° Saemisch se range à la première opinion ; il dit que ces lipomes sont presque sans exception congénitaux ; néanmoins, ils peuvent rester pendant longtemps stationnaires.

Hock semble admettre aussi cette opinion, en disant « que les cas connus sous le nom de lipomes sous-conjonctivaux sont ou sûrement congénitaux ou ont été vus dans la première jeunesse. »

Bœgel aussi, dans les deux cas qu'il relève, admet l'origine congénitale de ces tumeurs.

Galezowski ne se rallie pas complètement à cette opinion, parce que dans les cinq cas qu'il a eu l'occasion de soigner, la maladie n'a débuté qu'une fois à 34 ans et les autres fois beaucoup plus tard.

2° Comme prolifération du tissu graisseux du fond de l'orbite, Hock dit : « Ceux-ci viennent très probablement du tissu graisseux du fond de l'orbite. »

D'O. Becker et de Graefe partagent cette opinion en disant que ces tumeurs lipomateuses sont toujours congénitales et ce n'est que dans un temps ultérieur que cette émana-

tion du tissu graisseux du fond de l'orbite commence à grandir et peut devenir une source d'embarras pour le sujet qui en est porteur.

Nous partageons avec M. Hock, de Graefe et D'O. Becker cette manière de voir et nous pouvons dire que dans notre cas (M. Truc), la tumeur provenait aussi du fond de l'orbite. Cette opération est pratiquée par M. Truc, le 23 mai 1890; la tumeur incisée se présente sous une masse graisseuse, molle, presque fluide, qui, saisie avec des pinces, sort facilement. Cette masse n'est pas enkystée ni bien délimitée ; car la pince entraîne beaucoup plus que ne le comporte le volume de la tumeur ; il semble que cette graisse soit en rapport avec le tissu cellulo-graisseux péri-oculaire ; il paraît inutile de prolonger l'évidement graisseux, et, la tumeur disparue, on se contente de suturer la plaie conjonctivale.

M. Van Duyse, rapporteur du travail de M. le Dr Claeys de Gand, dit dans les *Annales de la Société de médecine de Gand,* page 256 : « Ce qui nous paraît établir encore cette corrélation entre le lipome et le tissu cellulo-graisseux orbitaire, c'est l'accident arrivé à une jeune fille que nous avons vue également à la clinique de Galezowski, et chez laquelle un lipome du cul-de-sac palpébral supérieur avait été extirpé par le Dr Gilet de Grandmont.

Pendant l'opération, la graisse de l'orbite s'engagea dans la plaie, soit qu'une traction intempestive eût été exercée sur la tumeur, soit qu'il y eût ouverture accidentelle de la capsule. On ne put réduire la hernie des pelotons graisseux. Cet accident occasionna plus tard une tumeur molasse de la paupière supérieure, qui induisit cette dernière en un ptosis des plus disgracieux.

Cette désagréable complication à l'issue funeste de l'opération rappelée par M. le Dr Claeys, à propos de la malade du Dr Fano (voir observ. Ire), doit nous engager à être très circonspects en

ce qui concerne le traitement chirurgical des lipomes sous-conjonctivaux, surtout lorsqu'ils ne sont pas limités au revêtement épithélial de la paupière.

Mais M. le Dr Querenghi, dans son travail sur le lipome sous-conjonctival, fait observer que les tumeurs les plus envahissantes sont toujours quelque chose d'individualisé. Or le lipome qui est très rarement envahissant, ne pourrait pas envahir le tissu sous-conjonctival sans avoir d'abord envahi tout le tissu adipeux rétrobulbaire dont il dériverait. La transformation du tissu adipeux orbitaire en lipome, entraînerait une augmentation dans le nombre des éléments lipomateux et un accroissement de leur volume. Cette augmentation de la masse adipeuse rétrobulbaire refoulerait en avant le globe de l'œil, produisant un degré variable d'exorbitisme.

Mais d'après les observations de Graefe et de D'O. Becker (qu'il nous a été impossible de pouvoir consulter), il y aurait en même temps que ces néoplasies, une exopie pupillaire et un coloboma de la paupière supérieure.

D'autres fois un penguicula, comme dans le cas rapporté par M. le Dr Alessi, aurait été le commencement de cette maladie. Ayant reçu un coup sur l'œil, le malade s'aperçut peu de temps après que la tumeur grandissait visiblement.

Quant au sexe, contrairement à l'opinion de M. Hock, qui dit « que presque tous les cas connus se rapportent au sexe féminin », nous dirons que la plupart des cas se rapportent au sexe mâle, en prenant comme point d'appui à notre opinion, nos observations empruntées à différents auteurs et celle de M. Truc.

Ces tumeurs lipomateuses peuvent se développer quelquefois chez les individus vigoureux, sanguins, obèses, comme dans notre cas.

SYMPTOMES

En général, ces lipomes se présentent sous la forme d'une tumeur lisse, unie, quelquefois bosselée, mobile en tous sens, semblant faire corps avec la portion de la conjonctive qui la recouvre et qui est saine, et qui glisse en masse sur le reste de la muqueuse qui la recouvre. La tumeur est interposée entre la sclérotique, sur laquelle elle glisse, et la conjonctive à la façon d'un chémosis séreux ; elle est molle, comme spongieuse, fluctuante et tout à fait indolente, elle ne gêne pas autrement qu'à titre de légère difformité, et c'est par sentiment de coquetterie que la plupart des malades veulent en être débarrassés.

Elle se présente sous un aspect blanc-jaunâtre et transparent simulant beaucoup les kystes. Sa surface est quelquefois parcourue par un réseau de vaisseaux sanguins très minces.

Siège. — Sa place habituelle est l'espace compris entre les muscles droit externe et droit supérieur, à quelque distance de la cornée.

Le Dr Galezowski place le siège habituel, tantôt dans le voisinage de la cornée près de son bord externe ou interne, tantôt, au contraire, elle se trouve cachée dans l'angle externe de l'œil, au voisinage de la glande lacrymale.

Mackensie signale le siège tantôt à l'angle interne, d'où elle monte sous la paupière supérieure, tantôt au côté interne entre le droit externe et la glande lacrymale.

La tumeur qui fait l'objet de notre observation occupait la partie externe de la conjonctive bulbaire et était cachée sous les paupières.

Borlée (1873) place cette tumeur au bord de la cornée, tantôt en dedans, tantôt en dehors ou au voisinage de la glande lacrymale, cachée dans l'angle externe.

Marche. — La tumeur est en général, au commencement de la vie, de petit volume, bien circonscrite, étalée, et ce n'est que dans un temps ultérieur que les malades se plaignent de voir leurs yeux prendre plus de volume qu'ils n'en avaient à l'état normal ; ils remarquent en même temps une couleur jaunâtre livide, désagréable à la vue. Quelquefois le lipome sous-conjonctival, surtout celui qui occupe l'angle externe, acquiert un développement tel qu'il entrave notablement le jeu des muscles de l'œil, occasionne de la diplopie, voire même du strabisme.

Dans le cas décrit par le Dr Alessi, la tumeur induisait l'œil en un strabisme inférieur interne. Il faut en outre remarquer que lorsque la tumeur se développe sur la partie antérieure de l'œil, elle y reste beaucoup plus longtemps, sans prendre beaucoup d'extension et sans gêner sensiblement la vue, tandis que, placée dans une partie antérieure de l'œil, elle force plus vite le malade à consulter et l'opération est faite habituellement avant que la tumeur ait eu le temps de s'accroître.

Acuité visuelle intacte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique de ces tumeurs préalablement traitées par la liqueur de Müller, durcies à la gomme et à l'alcool absolu, et débitées en coupes très minces par le microtome, démontre qu'elles présentent tous les caractères du lipome pur, c'est-à-dire qu'elles sont constituées par des vésicules graisseuses agglomérées en gros paquets au milieu des travées de tissu conjonctif peu développé, à fibres très fines au centre et formant une couche plus dense à la périphérie.

On constate aussi la présence de vaisseaux sanguins, rampant sur ces travées de tissu conjonctif et à la périphérie de la tumeur.

Dans aucune de nos observations on ne découvre des éléments glandulaires et des éléments de la peau.

MODE DE DÉVELOPPEMENT DES LIPOMES SOUS-CONJONCTIVAUX

Le développement de ces tumeurs est peu connu.

Fœrster a pensé qu'un lipome se développe aux dépens d'une masse de tissu embryonnaire dont les cellules s'infiltrent ensuite de graisse. Il a fondé cette manière de voir sur ce fait, qu'on trouve parfois au centre des lipomes des îlots de tissu embryonnaire.

Wirchow pense que le tissu adipeux du lipome procède du tissu muqueux.

Flemming a observé que dans un tissu adipeux amaigri se trouvent très souvent des cellules qui montrent une prolifération de leurs noyaux et qui englobent même toute une collection de cellules jeunes ; il a nommé cet amaigrissement avec formation endogène des cellules, Wucheratrophie (atrophie avec prolifération).

Czaiewicz a trouvé que les cellules adipeuses sont capables de produire par division de nouvelles cellules conjonctivales quand on les irrite.

Foerster s'est encore occupé de cet accroissement.

Il croit y avoir vu des vésicules adipeuses s'allonger, s'étrangler et se diviser. Ce serait une véritable prolifération des vésicules adipeuses. Nous croyons qu'il y a là une erreur d'interprétation. Les cellules adipeuses, en effet, se déforment si facilement par la compression que dans les préparations qu'on en a faites, elles peuvent bien se montrer allongées sans être pour cela en voie de division.

Que des cellules embryonnaires ou des cellules de tissu muqueux aient marqué le premier pas de la néoplasie, c'est dans l'intérieur de ces cellules, peu différenciées du reste les unes des autres, que la graisse se dépose.

Tel est le développement ordinaire et le mieux constaté. (Cornil et Ranvier, 1884, p. 198.)

DIAGNOSTIC

En général, les lipomes de la conjonctive ne sont point adhérents à la sclérotique et peuvent être facilement déplacés avec la conjonctive dans tous les sens.

Il n'en est pas de même des tumeurs épithéliales de cette région ; elles sont, dès le début, fortement adhérentes à la sclérotique et ont en outre une coloration rougeâtre très caractéristique.

Avec les tumeurs liquides de la conjonctive, comme les vésicules, kystes sébacés et kystes hydatiques, on peut les différencier en ce que les vésicules donnent par la ponction au couteau de Graefe un liquide transparent, aqueux, qui se reproduit très rapidement après la piqûre ; les kystes sébacés se développent, soit dans les glandes superficielles de Meibomius, soit dans les glandes en grappes du cul-de-sac conjonctival, et les kystes hydatiques par la ponctionexploratrice.

PRONOSTIC

Le pronostic n'est jamais grave ; ce sont des tumeurs bénignes par excellence ; jamais il n'y a de généralisation, jamais de récidive.

Elles sont graves seulement lorsque, par leur volume, elles entravent une fonction de l'œil, et par les accidents inflammatoires qu'elles déterminent, quand, par exemple, elles entraînent l'inflammation de l'œil tout entier, comme dans le cas de M. le Dr Fano, que nous publions.

TRAITEMENT

Le traitement est externe et chirurgical.

1° *Traitement externe.* — Le traitement externe consiste à appliquer extérieurement l'iode comme dans le cas signalé par M. le Dr Kranka, « où, à la suite de l'application de l'iode, au bout de quelque temps, il lui sembla que la tumeur commençait à diminuer de volume. »

La jeune Adolphine (voir observation de M. le Dr Clacys) fut soumise à la médication externe des fondants au moins pendant deux ans, et la tumeur grandit en dépit de l'application successive de tous les topiques recommandés en pareil cas.

2° *Traitement chirurgical.* — Il n'y a que l'extirpation de la tumeur qui puisse donner un résultat sérieux.

Opération. — Après avoir soigneusement nettoyé l'œil et les paupières à l'aide du sublimé à 1/5000, écarté les paupières par des ophtalmostats et instillé quelques gouttes de cocaïne au 1/30e, on saisit avec une pince à griffes la conjonctive qui recouvre la production morbide et on incise avec des ciseaux le repli de la muqueuse. La conjonctive étant écartée des deux côtés, on saisit la tumeur avec une pince et on l'extirpe avec des ciseaux courbes, après avoir eu soin de la déraciner sur tous les points de sa base. On réunit la muqueuse par deux points de suture simple.

Si la conjonctive adhère à la tumeur, dans ce cas alors on

est obligé d'enlever une portion de la conjonctive avec la tumeur elle-même qui est emportée par fragments. Les bords de la perte de substance de la conjonctive sont réunis par deux points de suture simple.

Mais si la tumeur communique avec le tissu cellulo-graisseux péri-oculaire, comme dans notre cas, alors, on doit être très circonspect. Dans ce cas-là, il est inutile et même dangereux de prolonger l'évidement graisseux jusqu'au fond de l'orbite. Dans ce cas on doit se contenter d'enlever ce qui est apparent et de suturer la plaie conjonctivale.

Traitement consécutif. — Repos général et compression légère avec le pansement humide (ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée à 30 p. 1000).

Complications. — Cette petite opération, si simple et si anodine en apparence, peut néanmoins entraîner à sa suite des accidents excessivement fâcheux, comme l'atteste l'observation empruntée à M. le Dr Fano : « Après l'extirpation de la tumeur, il survint un gonflement des paupières, une conjonctivite avec kératite suivie de phtisie de l'œil. Onze jours plus tard, l'autre œil fut pris de kératite ulcéreuse avec perforation et se perdit de même. »

Le Dr Kranka signale aussi un symblépharon considérable, survenu à la suite de l'extirpation d'une tumeur lipomateuse de la conjonctive.

Le Dr Galezowski (voir observation IX) signale aussi une diplopie survenue dès le troisième jour de l'opération, et qui persista encore pendant huit jours.

Dans notre cas, les suites opératoires ont été simples ; pas de douleur, pas de gonflement ; à peine une légère ecchymose conjonctivale. La cicatrisation était complète en peu de jours, et le malade rentrait chez lui absolument guéri. Il nous donna récemment de ses nouvelles ; la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Empruntée à M. Fano)

Marie B..., âgée de 23 ans, cuisinière, s'est aperçue, il y a environ un an, pour la première fois, de l'existence d'une petite saillie à l'angle externe de l'œil droit. Depuis quelques mois, la douleur a pris de l'accroissement. Le 15 octobre dernier, la patiente se présente à la clinique de M. Fano, qui reconnaît, au niveau du petit angle de l'œil droit, en arrière de la commissure correspondante des paupières, une tumeur qui soulève la conjonctive scléroticale, en forme de la moitié d'un anneau tourné par sa concavité vers la cornée. La tumeur est mobile en tous sens, semble faire corps avec la portion de conjonctive qui la recouvre, et glisse en masse sur le reste de la muqueuse. La portion de conjonctive qui la recouvre, présente un aspect blanc-rosé. La tumeur se voit à peine, lorsque la patiente regarde de face ; elle est plus saillante, lorsque B... regarde à sa gauche, et bien plus encore, lorsqu'on déprime fortement les deux paupières au niveau de la commissure. La tumeur est molle, comme spongieuse, et tout à fait indolente ; elle ne gêne pas autrement qu'à titre de légère difformité, et c'est par sentiment de coquetterie que B... veut en être débarrassée.

Les paupières étant écartées par des ophtalmostats, M. Fano saisit, avec une pince à griffes, la conjonctive qui recouvre la production morbide, et incise, avec des ciseaux, le repli de la muqueuse. Celle-ci adhérant à la tumeur, M. Fano est obligé d'enlever une portion de la conjonctive avec la tumeur elle-même, qui est emportée par fragments. Les bords de la perte

de substance de la conjonctive sont réunis par deux points de suture simple. On prescrit l'application permanente de compresses d'eau froide sur les paupières. La production morbide est composée d'une petite masse graisseuse lobulée, mélangée d'un tissu cellulaire assez serré, adhérente à la conjonctive, du volume d'une petite amande de noisette.

Le lendemain, il existe une petite ecchymose de la paupière supérieure et de la conjonctive.

Le 17, M. Fano enlève les fils de la suture.

Le 18, il y a de la fièvre, de l'inappétence, les paupières sont un peu œdémateuses, l'œil plus proéminent que la veille, la conjonctive recouverte d'une sécrétion muqueuse. L'opérée accuse des douleurs péri-orbitaires. Elle présente tous les symptômes d'un phlegmon commençant de l'orbite. Malgré toutes les recommandations, elle avoue avoir continué son métier de cuisinière, et s'être exposée à des courants d'air. (Compresses d'eau très froide sur la région orbitaire. Purgatifs.)

Les jours suivants, la conjonctive scléroticale devient le siège d'un chémosis dur, pendant que l'œil reprend sa place dans l'orbite.

M. Fano prescrit des onctions hydrargyriques belladonées sur l'orbite, une potion stibiée, le lavage fréquent de l'œil. Malgré toute l'énergie de ce traitement, la cornée se trouble, s'ulcère, et est détruite dans toute son étendue. L'iris fait hernie à travers cette large brèche ; des douleurs péri-orbitaires persistantes sont calmées à grand'peine par les applications locales d'atropine. Le chémosis conserve la dureté des premiers jours, et ce n'est qu'au commencement de février, cinq semaines environ après les explosions de cette phlegmasie, qu'il décroît. Aujourd'hui, l'œil droit est atrophié. B... ne distingue même plus de cet œil la lumière des ténèbres.

Le 26 décembre, 11 jours conséquemment après l'opération pratiquée sur l'œil droit, la conjonctive oculo-palpébrale de

l'œil gauche s'injecte et devient le siège d'une sécrétion muqueuse abondante, les paupières se tuméfient et il se forme au bout de 24 heures un chémosis dur autour de la cornée. Un traitement local semblable à celui qui a été appliqué à l'œil droit est prescrit pour l'œil gauche. La phlegmasie n'en continue pas moins sa marche et bientôt la cornée gauche est détruite dans toute son étendue. L'iris fait hernie à travers la perte de substance, des douleurs persistantes se manifestent autour de l'orbite.

Aujourd'hui l'œil gauche est atrophié ; mais la malade conserve la facilité de distinguer de l'œil droit la lumière des ténèbres.

OBSERVATION II

(Empruntée à M. Alessi de Gualteri)

A Toulon, un officier employé à l'Arsenal de cette ville me pria d'examiner sa fille, à laquelle notre art ne pouvait venir en aide ; je m'adressai à l'officier même, atteint d'une grande difformité de l'œil gauche.

Une tumeur de la grosseur d'une noix était plantée sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, dans la conjonctive sclératicale de l'angle externe ; elle n'embrassait pas la cornée, mais elle induisait l'œil en un strabisme inférieur interne. La fonction visuelle n'en était pas du tout troublée. La base de la tumeur aurait été bien large, si, en sortant de la paupière, elle n'eût pas été restreinte par la contraction habituelle du muscle orbiculaire. La consistance était molle, sa couleur jaune-rougeâtre. Elle avait aussi tous les caractères de ce

tissu morbide dont l'accroissement se fait lentement et sans aucune tendance à l'inflammation ni à la suppuration ; elle consistait en une enveloppe externe conjonctivale sur laquelle étaient disposées des vaisseaux sanguins ; l'intérieur renfermait plusieurs plans celluleux pleins de graisse.

Ayant proposé l'ablation de cette tumeur, et l'officier y ayant consenti, j'écartai les paupières avec l'ophtalmostat ; je pris la tumeur avec une pince, et je l'extirpai avec des ciseaux courbes sur le plat après avoir eu bien soin de la déraciner sur tous les points de sa base. Des compresses d'eau froide constituèrent le traitement consécutif. Le lendemain le malade était guéri de la tumeur et du strabisme, parce que l'œil était dévié par la tumeur et non par l'attraction des muscles obliques et droits internes.

Un petit pinguicula comme la tête d'une épingle avait été le commencement de cette maladie, que l'officier avait portée pendant toute sa jeunesse sans y faire attention. Il raconte qu'un jour, il avait reçu un coup sur l'œil, et que peu de temps après il avait aperçu que la tumeur grandissait visiblement.

Au bout de sept ans, elle était arrivée à la grosseur d'une noix.

OBSERVATION III

INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Truc)

G... (Eugène), 54 ans, gendarme à Aigues-Mortes. Pas d'antécédents héréditaires. Santé bonne, quelques douleurs rhumatismales aux coudes et aux épaules. Aspect vigoureux, sanguin, congestif, obésité notable et développement général très marqué du tissu adipeux ; depuis six ans, urines sédimenteuses sans sucre ni albumine.

Il y a quatre ans, en 1885, le malade a constaté sur l'œil droit une tumeur du volume d'une petite lentille. Cette tumeur était située vers la commissure externe et immobile, recouverte par la conjonctive ; elle a grossi progressivement sans déterminer aucune gêne oculaire ni aucun trouble visuel.

La compression de la tumeur, conseillée par un oculiste, a été faite sans résultat durant un mois et demi.

Au moment où l'on examine le malade (25 mars 1890), la tumeur occupe l'angle externe des paupières. La grosseur est celle d'une noisette. Elle s'étend entre les muscles droit externe et droit supérieur et s'allonge d'avant en arrière ; elle est aplatie, molle, blanc-jaunâtre, fluctuante, très évidente quand l'œil regarde en bas en dedans ; elle se pelotonne et diminue quand l'œil regarde en haut et en dehors. Pour la percevoir aisément, on doit soulever légèrement la paupière supérieure. La fluctuation de la tumeur est très nette, mais c'est une pseudo-fluctuation, car, en pressant la tumeur avec le doigt, on sent une rénittence molle, pâteuse. Pas de douleurs.

L'œil gauche présente entre le droit externe et le droit supé-

rieur, une tumeur identique à la précédente, mais plus petite et que le malade n'avait pas observée.

Les deux tumeurs sont absolument symétriques.

Le malade n'a pas noté que ces tumeurs grossissaient par la toux ou un effort quelconque.

Le diagnostic de lipome étant porté, l'ablation est proposée et acceptée ; elle est faite à la clinique, le 19 février 1890.

Une ponction exploratrice au couteau de Graefe n'a donné aucun liquide.

Après cocaïnisation, l'enveloppe de la tumeur est incisée dans le sens de sa longueur ; on trouve alors une masse graisseuse, molle, presque fluide, qui, attirée avec des pinces, sort facilement. Cette masse n'est pas enkystée ni bien délimitée, car la pince en entraîne beaucoup plus que ne le comporte le volume de la tumeur ; il semble que cette graisse est en rapport avec le tissu cellulo-graisseux périoculaire ; il paraît inutile de prolonger l'évidement graisseux, et, la tumeur disparue, on se contente de suturer la plaie conjonctivale et d'établir une légère compression avec le pansement humide (ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée).

Même opération du côté gauche. Ici encore la masse graisseuse est diffuse, semble se confondre avec celle de l'orbite et doit être sectionnée dans sa continuité.

Les parties extraites examinées à l'œil nu sont constituées par de la graisse molle, presque fluide. Au microscope, elles présentent des vésicules graisseuses agglomérées en petits pelotons entourés de tissu conjonctif, peu développés, à fibres très fines au centre et plus forts à la périphérie.

Les suites opératoires ont été simples ; pas de douleur, pas de gonflement, à peine une légère ecchymose conjonctivale.

La cicatrisation était complète en peu de jours et le malade rentrait chez lui absolument guéri. Il nous donna récemment de ses nouvelles ; la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV

(Empruntée à M. le Dr Quercughi)

M. Monatte, 59 ans, employé, résidant à Paris, se présente à la clinique du Dr Landolt, le 14 février 1889. Ce malade jouit d'une bonne santé habituelle et n'a jamais fait de maladie ; bonne acuité visuelle, quoiqu'il soit obligé de se servir de verres pour la vision de près.

Le début de l'affection qui l'amène date de 12 à 15 ans. En se regardant au miroir, il vit sous la paupière supérieure droite, vers l'angle externe, un repli membraneux, mou, indolent, sans coloration spéciale. Ce repli a commencé à le gêner dans ces derniers temps ; en augmentant de volume il a empêché les mouvements de l'œil en dehors et en haut, rétrécissant ainsi le champ visuel de ce côté.

A l'examen direct, on voit la surface externe de la paupière supérieure droite uniformément tuméfiée ; au-dessous de celle-ci, fait procidence une tumeur presque linéaire ayant la forme d'un repli membraneux, haut de quatre millimètres, partant de l'angle externe, touchant le bord cornéen et arrivant jusqu'à la moitié du bord palpébral supérieur.

La surface de la tumeur est unie, régulière, comme celle de la conjonctive bulbaire, d'une couleur légèrement jaune-citron, parcourue par un réseau de vaisseaux très minces. En écartant la paupière supérieure, on voit que celle-ci est parfaitement libre, que la tumeur s'implante sur le bulbe oculaire, arrive en s'amoindrissant par degrés jusqu'au cul-de-sac externe supérieur, toujours revêtue par la conjonctive à aspect normal. Le toucher n'occasionne pas de douleurs ; on sent que la tumeur est molle, presque fluctuante, très mobile ; on réussit

facilement à la refouler et à la cacher dans le cul-de-sac. Au-dessous de la tumeur on peut soulever la conjonctive en minces replis.

Le bulbe oculaire est mobile dans toutes les directions ; le malade se plaint seulement d'une gêne en exécutant les mouvements en dehors et en haut.

En écartant fortement la paupière supérieure de l'œil gauche, on voit une faible tuméfaction rougeâtre dans le cul-de-sac supérieur, qui fait penser que l'altération existe aussi de ce côté.

L'acuité visuelle est pour les deux yeux V = 0,7 qui, avec cyl. 0,5 devient pour l'O G V = 1 et pour

O D V = 0,9

Le Dr Landolt fit le diagnostic de lipome sous-conjonctival de l'œil droit et proposa au malade l'extirpation, qui fut faite le 10 février 1889.

Pendant l'opération, on vit que la tumeur s'enfonçait un peu entre les muscles droit externe et droit supérieur.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait au laboratoire de la clinique nationale des Quinze-Vingts.

La tumeur était très irrégulière dans sa forme, et présentait macroscopiquement un grand nombre de petits lobules ; elle avait une couleur légèrement jaune-citron et un poids d'environ 3 grammes.

La pièce durcie dans l'alcool absolu a été incluse dans la celloïdine, coupée au microtome et colorée au carmin neutre et à l'hématoxyline.

Les coupes présentent tous les caractères du tissu adipeux du lipome, comme ils sont décrits dans les traités d'histologie pathologique, c'est-à-dire, ils présentent une charpente de tissu conjonctif vascularisé dans lequel il se trouvait des cavités

plus grandes que dans le tissu adipeux normal et remplies de graisse. Mais en plusieurs points il m'a été donné de voir une structure particulière, qui mérite une description détaillée.

A la périphérie d'un champ microscopique on voit deux petits vaisseaux, et entre eux un réseau de cellules colorées faiblement en rouge par le carmin. Il existe dans ces cellules des cavités graisseuses, des noyaux et des filaments.

Analysons toutes ces différentes parties, l'une après l'autre.

Les cavités adipeuses sont ici en petit nombre : elles sont grandes et entourées par le protoplasma cellulaire qui leur constitue comme une membrane. Les noyaux sont irrégulièrement parsemés dans le protoplasma cellulaire, et certains d'entre eux sont placés sur les bords des cavités adipeuses. La forme des noyaux est un peu variée : certains sont discoïdes, d'autres elliptiques, et d'autres affectent la forme de croissant, notamment ceux qui demeurent sur les bords des cavités adipeuses. Leur grandeur varie aussi ; il y en a de très petits et de très grands. Quant à leur contenu, on voit des noyaux renfermant de fines granulations avec un ou plusieurs nucléoles bien marqués ; d'autres, au contraire, paraissent constitués par une masse de filaments grêles pelotonnés. Dans ces cas, la membrane nucléaire est plus manifeste.

De la périphérie de ces noyaux proviennent des filaments en nombre variable, deux, trois, quatre, etc. Ces filaments sont fortement colorés par les hématoxylines, et paraissent constitués par des granulations très fines, analogues aux granulations du noyau même. Ces filaments musculaires s'épanouissent dans les cellules, et plusieurs se divisent et se subdivisent dichotomiquement, pendant que certains s'unissent à ceux des noyaux voisins, de façon à constituer un système de noyaux en relation entre eux.

Lorsqu'un ou plusieurs filaments arrivent au niveau d'une cavité graisseuse (soit qu'ils proviennent d'un noyau situé tout

près de la périphérie de celle-ci, ou d'un noyau éloigné), ils enveloppent la cavité en lui constituant comme des méridiens autour d'elle. En s'approchant des vaisseaux, on voit quelques-uns de ces filaments se réunir avec des filaments provenant des cellules qui forment la paroi des vaisseaux.

Comme les coupes ont été plongées pendant un certain temps dans l'alcool et dans l'éther, la graisse a été dissoute et les parois des cavités se sont ratatinées.

On remarque dans ces cavités des replis en forme de filaments grêles, colorés en rouge par le carmin, mais qui ne présentent pas la structure finement granuleuse des premiers. Aussi voit-on encore des stries très grêles parfaitement incolores, et qui ne sont autre chose que des déchirures de la substance protoplasmique.

Nous avons pu observer dans un autre endroit et avec un grossissement plus fort un grand nombre de noyaux répandus dans le protoplasma cellulaire, qui entoure les cavités adipeuses. Ils sont autrement disposés et ont une forme variée. Plusieurs sont placés tout près des bords des cavités, d'autres en sont éloignés. Il y en a de discoïdes, d'ovoïdes et d'elliptiques très allongés. Leur contenu est ordinairement finement granuleux. De certains de ces noyaux, notamment des ovoïdes et des elliptiques, on voit se détacher des filaments parfaitement analogues à ceux que nous avons déjà décrits.

Entre ces noyaux (mais surtout dans d'autres champs microscopiques), il nous a été donné d'en examiner plusieurs qui présentaient des formes manifestement karyokinétiques.

Certains sont plus fortement colorés, et présentent les bords ondulés, et en faisant tourner la vis micrométrique, on voit aussi que les surfaces présentent des saillies et des enfoncements. Dans d'autres, le contenu, encore fortement coloré, est constitué par des filaments très grêles pelotonnés. Dans d'au-

tres encore, la masse nucléaire paraît divisée en deux petites masses réunies par des filaments très fins.

On a pu voir encore que certains filaments dans quelques cellules sont interrompus par de petites gouttes adipeuses composées de telle façon, que la substance chromatique du filament embrasse la goutte.

OBSERVATION V

(Empruntée à M. le Dr Glaeys, de l'Université de Gand)

Adelphine E..., pensionnaire à l'orphelinat des filles, âgée de 16 ans, d'un tempérament franchement lymphatique, fut présentée à la clinique ophtalmologique de l'Université au mois de mai 1879.

Elle portait à l'angle externe de l'œil droit une tumeur de la conjonctive datant déjà depuis six ans. Les proportions inquiétantes qu'avait prises la tumeur dans ces derniers temps, engagèrent la directrice de l'établissement à soumettre le cas à l'avis éclairé du professeur M. le Dr Deneffe.

En écartant les paupières et en lui faisant tourner l'œil dans l'extrême adduction, la tumeur se présente, qu'on nous passe l'expression, dans toute sa beauté ; sa forme est ellipsoïde, son grand axe, dirigé de l'angle externe vers l'interne, mesure environ 1 centimètre. L'axe antéro-postérieur mesure à peu près 3 millimètres. Elle fait sur la conjonctive un relief de 3 millimètres. Elle est couchée dans le cul-de-sac palpébral inférieur ; son bord postérieur cotoie le bulbe sans l'envahir ; elle remonte vers l'angle externe, derrière lequel elle se cache en partie.

La tumeur paraissait nettement circonscrite, aussi nettement qu'un kyste peut l'être. L'opération montre cependant qu'elle était plus diffuse qu'elle ne le paraissait. Elle semble occuper la muqueuse ou le tissu sous-muqueux. Elle est lisse, ne produit aucune altération de la conjonctive, qui n'est pas vascularisée à sa surface. Elle est molle, si molle même, que plusieurs observateurs la croient fluctuante.

Pendant plusieurs années cette tumeur n'a provoqué ni gêne ni souffrance, mais depuis quelque temps la malade commence à s'en plaindre. Elle désire en être débarrassée. Les mouvements de l'œil sont normaux.

Vision intacte (V = 1).

Le 26 mai 1879, on pratiqua l'extirpation de la tumeur. L'opération ne présenta rien de particulier. Malgré la recommandation de plusieurs chirurgiens, aucun point de suture ne fut appliqué sur la conjonctive ; de simples compresses d'eau froide constituèrent tout le traitement. La guérison fut complète en quelques jours.

La tumeur extirpée fut traitée par la liqueur de Müller, durcie à la gomme et à l'alcool absolu et débitée en tranches. Le microscope nons révéla qu'elle était constituée en majeure partie par des tissus adipeux, des fibres de tissu conjonctif et par du tissu conjonctival hypertrophié. Nous constatâmes aussi la présence de vaisseaux sanguins, mais dans aucun endroit de nos préparations nous ne découvrîmes des éléments glandulaires.

La jeune fille, revue au mois de février 1880, ne présente ni trace de récidive ni de rétraction cicatricielle.

OBSERVATION VI

(Empruntée à MM. les docteurs Richard et H. Darby, de New-York).

Marie E. T..., âgée de 9 ans, d'une constitution forte et vigoureuse, ayant été atteinte autrefois d'une conjonctivite granuleuse, se présenta pour la première fois à l'observation de l'auteur, le 29 janvier 1878.

Dans l'angle interne de l'œil gauche existait une tumeur siégeant dans ou sous le tissu conjonctival, se confondant d'une part avec le tissu de la caroncule, et s'étendant, d'autre part, jusqu'à environ trois lignes du bord cornéen.

Elle était mobile, demi-transparente, proéminente, mais aplatie à son bord externe.

Cette affection ne causait aucune gêne à la malade ; mais les proportions qu'avait prises la tumeur au mois d'avril 1878, engagèrent l'opérateur à faire l'extirpation. L'opération faite le 27 avril ne fut suivie d'aucun accident. Six mois plus tard, on n'observa encore aucune trace de récidive.

Le Dr C.-S. Bull, ayant été prié de faire l'examen microscopique de la tumeur, répondit qu'elle était constituée par des fibres de tissu connectif, du tissu conjonctival hypertrophié, et du tissu adipeux, qu'il n'avait découvert aucun autre tissu de nature cellulaire.

OBSERVATION VII

(Empruntée à M. Kranka).

Cette tumeur se présentait sous la forme de petites élévations jaunâtres, qui occupaient l'espace compris entre le bord extérieur de la cornée jusqu'au repli conjonctival et qui s'étaient développées à la suite d'une inflammation dont le malade avait été affecté pendant son enfance.

Le Dr Kranka ne crut pas devoir en pratiquer l'extirpation à cause de la grande perte de substance qu'il aurait fallu faire à la conjonctive, ce qui prouvait d'ailleurs suffisamment le résultat qu'on avait obtenu autrefois à l'œil gauche par une opération de cette espèce.

Celle-ci, en effet, avait déterminé un symblépharon considérable. L'auteur se borna à tenter l'usage externe de l'iode, et au bout de quelque temps il lui sembla que la tumeur commençait à diminuer de volume.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à M. L.-A. Desmarres)

Une jeune fille de la campagne, âgée de 18 ans, portait à la partie externe de l'œil droit une tumeur de genre lipomateux qui constituait une grande difformité. Cette affection était congénitale, la tumeur couvrait la cornée depuis sa circonférence jusqu'en face de la marge externe de la pupille; elle était ronde, s'étendait à peu près aussi bien sur la sclérotique que sur la cornée et était parcourue de quelques vaisseaux qui rampaient évidemment sur la conjonctive. La tumeur était d'un blanc-jaunâtre un peu rosé, comme une cerise à moitié mûre, à laquelle elle ressemblait singulièrement, et çà et là, à la surface il y avait quelques petits mamelons, très peu élevés, de couleur légèrement brune qui faisaient tache. L'épaisseur de la tumeur était assez grande, et je n'exagère rien en disant qu'elle était d'un demi-centimètre vers le centre du mal.

Lorsque les paupières étaient fermées, on voyait une saillie mobile à la place où se trouvait la tumeur.

La jeune malade, raillée sans cesse par ses camarades à cause de la difformité qui prenait un développement de plus en plus grand, m'ayant prié de l'en débarrasser, j'en fis l'ablation.

La dissection fut assez complète et j'eus la satisfaction, après de nombreuses cautérisations avec la pierre de nitrate d'argent, de renvoyer la malade avec une tache superficielle fort peu apparente.

L'examen après l'ablation n'y fit trouver que les éléments ordinaires du lipome.

OBSERVATION IX

(Empruntée à M. le Dr Galezowski)

Madame B..., âgée de 34 ans, domestique, demeurant à Saint-Maur, vint me consulter, le 4 juin 1867, pour son œil droit qui la gênait beaucoup.

Dans l'angle externe de cet œil, on apercevait une membrane blanchâtre, épaisse, luisante, formant comme une sorte de troisième paupière, dont le bord simule un arc ouvert du côté de la cornée.

En haut et en bas, elle se perd près des culs-de-sac conjonctivaux. Sa couleur est blanchâtre comme la couleur de la conjonctive scléroticale, et il n'y a que dans la partie inférieure qu'on remarque une légère teinte jaunâtre peu marquée.

La malade ne souffre point, mais son œil est gêné dans ses mouvements.

C'était un lipome de la conjonctive. Le 23 juillet 1867, j'ai pratiqué l'extirpation en présence des docteurs Zayas et Montalvo, de la Havane.

Après avoir fait une dissection de la conjonctive, très loin du côté de l'angle externe de l'œil, j'ai excisé la tumeur en haut et en bas, sans cependant atteindre sa base. Les bords de la plaie conjonctivale se trouvaient, après l'opération, très rapprochés ; c'est pourquoi je n'ai pas cru nécessaire de faire la suture.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident inflammatoire, mais la malade commence à voir double dès le troisième jour. Cette diplopie persista encore plus de huit jours, mais déjà le

3 août nous avons pu constater la disparition de la diplopie et une cicatrisation complète de la plaie.

La tumeur a été portée à M. le Dr Cornil, qui a pu constater au microscope qu'il s'agissait d'une simple tumeur graisseuse très peu vasculaire.

OBSERVATION X

(Empruntée à M. le Dr Galezowski)

M. B..., âgé de soixante-dix ans, demeurant à Levallois-Perret, vint me consulter, le 16 avril 1869, pour une petite tumeur qui était située à la partie externe de l'œil droit, un peu au-dessous de la ligne horizontale, mais se réunissant presque au pinguicula du même côté. Elle est grosse comme un pois, d'une couleur blanc nacré, ressemblant à un kyste, adhérente à la sclérotique, et empiétant en partie sur la cornée.

Quelques rares vaisseaux les parcourent à la surface. L'extirpation est faite en présence du Dr E. Paul, et sans accident. La cicatrisation est obtenue sans accident.

OBSERVATION XI

(Empruntée à M. le Dr Galezowski)

M. S..., âgé de quarante-trois ans, officier d'infanterie, porte une petite tumeur, depuis un an, sur la sclérotique de l'œil gauche, tout près du bord cornéen. Elle est blanche,

luisante, molle, et sans adhérence marquée avec la sclérotique, sur laquelle elle glisse.

L'extirpation est faite, séance tenante, et l'examen microscopique, fait par M. Cornil, démontre la nature lipomateuse de la tumeur.

OBSERVATION XII

(Empruntée à M. Schiess, de Bâle)

Il s'agit d'un lipome sous-conjonctival circonscrit de la paupière supérieure gauche, chez une jeune fille de dix-huit ans, qui s'était d'abord développé lentement et avait pris ensuite une extension rapide. La moitié externe de la paupière intéressée, était légèrement proéminente. En la retournant, la tumeur apparaissait réniforme, allongée, s'étendant au-delà du plan médian vertical de la paupière, blanchâtre, molle, fluctuante. On la prit également pour un kyste sous-conjonctival.

Elle était couchée dans un tissu connectif lâche et se laissa aisément énucléer, sauf près de la commissure, où elle était adhérente à la peau et à la conjonctive. Il n'existait aucune gêne dans les mouvements du globe oculaire.

Cette tumeur avait la structure histologique du lipome

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dr Alessi de Gualteri. — Un cas de lipome sur l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, produisant un strabisme inférieur interne. Annales d'oculistique, 1862, pag. 41.

Dr G. Bögel. — *In* Cœttinger Graefe. Archiv. für ophtalmol., t. XXXII, 1, pag. 149.

Dr G. Claeys. — Tumeur lipomateuse de l'œil. Annal. de la Soc. de méd. de Gand, juin 1880, pag. 130.

Dr L. A. Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. II, pag. 372.

Dr Fano. — Lipome sous-conjonctival de l'orbite droit. Gaz. des Hôp., 1869, n. 27.

Dr X. Galezowski. — Recueil d'ophtalmol., 1872, pag. 312-313.

Dr Kranka. — Tumeur lipomateuse de la conjonctive oculaire. Ann. d'ocul., 1854, p. 105.

Dr Querenghi. — Lipome sous-conjonctival de l'œil droit. Archiv. d'ophtal., janvier-février 1890, p. 15.

Dr Galezowski. — Traité des maladies des yeux, 1875.

Dr Richard H. Derby. — Transactions of the American ophtalmological Society. New-York, 1878.

Dr Socin. — Arch. für pathol. anat., t. LII, pag. 550.

Dr Med. Konrad Rumszewicz. — Wiadomosci sekarskie, n. 4, 1887.

A. Levi. — Bolletine di oculistica, 1878, n. 4.

O. Becker. — Spitalis Zeitung, 16-18, 1863.

Graefe. — Archiv. für ophtal., t. XII, 2, s. 7.

— — — t. X, 1, s. 215.

Socin Bernard. — Lipoma subconjunctivale. Virchow's Archiv. für pathol. Anat. Bd. 52, p. 550.

A. Maseras. — Tumores de la conjiuntiva. Gaseta med. catal. Barcel. IV, p. 269.

E. Bracchini. — Sopra un lipoma della congenito della conjiuntiva operato del prof. Businelli. Bolletino d'oculistica. Firenze, t. II, p. 61.

Burchard. — Centralblatt für Augenheilkunde, 1884, pag. 83.

V. Artl. — Klinische Dorstellung der Krankheiten des Auges. Wien., 1881, p. 101 und 103.

V. Hirschberg. Birbacher. — Centralblatt für praktische Augenheilkunde, octobre 1883, s. 295.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !